



**PLAN INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD (IRP)**  
INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)  
Plan Individual de Responsabilidad de WorkFirst para

JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

Entiendo que:

- Debo cooperar con la División Manutención para Niños mientras reciba beneficios TANF/SFA a menos que tenga una buena razón para no hacerlo. El recaudo satisfactorio de manutención para niños podría ayudarme a eliminar mi necesidad de asistencia en efectivo.
- Puedo recibir solamente 60 meses de beneficios TANF/SFA en efectivo, en toda mi vida, a menos que califique para una extensión.
- He usado \_\_\_\_\_ meses de beneficios en efectivo.
- Se me requiere trabajar, buscar empleo o prepararme para trabajar a tiempo completo al menos 32 horas por semana.
- Si no pudiese asistir a una actividad programada, llamaré al número que se indica abajo.
- Debo realizar las siguientes actividades durante el tiempo establecido cada semana como se especifica a continuación:

**XP – Crianza de niños**

Desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_, acepto participar \_\_\_\_\_ horas por semana con el proveedor mencionado más abajo para tratar la crianza de niños.

Mi administrador de caso y yo volveremos a revisar este IRP antes del \_\_\_\_\_.

Proveedor/Oficina: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

Número telefónico de contacto: \_\_\_\_\_

Mantendré informado a mi administrador de caso/ trabajador social de WorkFirst con respecto a cualquier cambio en mi situación. Asistiré a todas las citas, reuniones o clases previstas. Completaré todos los trámites requeridos y proporcionaré toda la documentación requerida.

No hacerlo puede tener como resultado una sanción.

No tengo inconvenientes con la guardería de niños ni con el transporte.

Si tuviera una buena razón que no me permitiese seguir mi plan, debo comunicarme y colaborar con el Especialista o Trabajador Social del Programa WorkFirst lo antes posible. Buenas razones podrían incluir cualquiera de las siguientes:

- No asistí a una cita debido a enfermedad o por un imprevisto con la guardería de niños o con el transporte;
- Tengo una emergencia de salud (física, mental o emocional);
- Soy víctima de violencia familiar;
- No puedo encontrar en mi área cuidado de niños apropiado y dentro de mis medios económicos para menores de 13 años;

- Tengo un problema legal inminente;
- Padezco una incapacidad o condición y esto me ha impedido cumplir con los requisitos del programa; o
- Soy un adulto con una incapacidad crónica y grave;
- Se necesita mi presencia en casa para cuidar de un niño con condiciones especiales o de un adulto con incapacidades;
- Soy mayor de 55 años de edad y cuido de un niño y no soy el padre del menor; o
- Estoy solicitando SSI a través de un facilitador de DSHS.

Si no estoy de acuerdo con este plan, tengo el derecho de solicitar una revisión del caso o una audiencia. Para solicitar una audiencia, debo comunicarme con la Oficina de Servicios Comunitarios o la Oficina de Audiencias Administrativas, DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488, dentro de 90 días de la fecha de firma de mi administrador de caso a continuación. Se me ha proporcionado una copia de mi Plan Individual de Responsabilidad.

FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE CASO	FECHA	FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
---------------------------------	-------	-------------------	-------

JAS ID	CASE NUMBER	CLIENT ID	
<b>REQUISITOS DE CONFIDENCIALIDAD</b>			
<p>Podría haber servicios de apoyo disponibles para ayudarme a avanzar en mi empleo, mantener mi empleo, aceptar un empleo o buscar un empleo o seguir mi plan. Si no estoy de acuerdo con una decisión sobre los servicios de apoyo, pudiera solicitar una revisión del caso o una audiencia. Le solicitaré al Especialista o al Trabajador Social del Programa WorkFirst si necesitara servicios de apoyo como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reparación de automóvil</li> <li>• Vestimenta</li> <li>• Consejería</li> <li>• Pañales</li> <li>• Gastos de educación</li> <li>• Higiene personal</li> <li>• Licencia/tarifas</li> <li>• Corte de pelo</li> <li>• Pases para el autobús</li> <li>• Millaje</li> <li>• Herramientas de trabajo</li> <li>• Planificación familiar</li> </ul> <p>Entiendo que debo efectuar las actividades requeridas. De no hacerlo, se me sancionará a menos que compruebe que tengo una buena razón. Esto se denomina estar en estado de sanción de WorkFirst. Si se me impone una sanción, esto significa que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mi subvención se reducirá en un 40% o la participación de una persona, lo que sea mayor.</li> <li>• Debo cumplir con mi IRP por cuatro semanas consecutivas para que se elimine la sanción.</li> <li>• Una vez que realice lo que se me requiere por cuatro semanas consecutivas, se levantará mi sanción a partir del primer día del mes siguiente a mis cuatro semanas de participación.</li> <li>• Un panel de revisión de sanciones evaluará, y podría cerrar mi caso, si permanezco sancionado por seis meses consecutivos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el panel de revisión de sanciones cerrara mi caso, tendré que volver a solicitar los servicios y participar por cuatro semanas consecutivas antes de que pueda recibir asistencia en efectivo.</li> <li>• Si mi caso fuera sancionado nuevamente, una junta de revisión de sanciones evaluará, y podría cerrar mi caso, si permanezco sancionado por tres meses consecutivos.</li> </ul> </li> </ul> <p>Mientras dure mi sanción, no podré recibir servicios de apoyo (como dinero para ropa de trabajo o transporte) hasta que cumpla con mi IRP.</p> <p>Entiendo que si me rehúso a cooperar con la División Manutención para Niños (DCS) sin tener una buena razón, mi subvención podría ser reducida. Una buena razón es aquella que represente una amenaza o daño hacia mis hijos o hacia mi persona. Entiendo que mientras recibo asistencia de TANF, toda manutención para niños recaudada se reserva para retribuir al estado.</p> <p>Cuando deje de recibir TANF/SFA, DCS recaudará la manutención para niños y me la enviará a menos que yo les pida que dejen de hacerlo. Entiendo los servicios de apoyo, las sanciones y la manutención para niños.</p>			
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE CASO	FECHA	FIRMA DEL CLIENTE	FECHA